

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i wyciągi.** 63. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych nietypowych. 64. O śpiączce moczówkowej. 65. O sztucznem pobudzeniu nowotworzenia kości. 66. Przenoszenie świeżych szypułkowatych płatów skóry z klatki piersiowej na górne kończyny. 67. Przyczynek do leczenia guzów hemoroidalnych. 68. Postępowanie przy przetokach odbytnicy.—**Udclnek.** Sprawozdanie z ruchu chorych w warszawskim szpitalu zapasowym w ciągu r. 1887. Ułożył Dr. W. Szumlański. (Dokończenie).—**Wiadomości błążące.**—**Ugłoszenia.**

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH (*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 37).

Nowsze badania moczu i krwi u ciężarnych i eklamptyczek, oprócz wiadomych uprzednio faktów, mianowicie: wysokiego ciężaru gatunkowego moczu, odczynu kwaśnego, przesylenia moczanami, częściej w nim obecności białka, niekiedy morfologicznych elementów, krwi i t. p. wykazują jeszcze co następuje: MASSINI (*op cit.*) który zresztą eklampsję uważa jako neurozę zwrotną, stwierdził przy niej obecność w moczu cukru gronowego, który po ustaniu napadów wkrótce zniknął. Objawowi temu, jakkolwiek był spostrzegającym i przez innych autorów, nie przypisuje on szczególnego znaczenia. Mojem zdaniem, chwilowa obecność cukru, mogłaby dowodzić podrażnienia mlecza przedłużonego, jak to zkadinał jest nam wiadomem. STUMPF (*Centralblatt für Gynäkologie*. Nr. 26. 1886) potwierdza obecność cukru, jak również acetonu w moczu (ostatni ogólnie jest notowanym); znalazł też w nim tyrosinę i leucinę. DOLERIS et PONEY (*Progrès. méd.* Nr. 30. 1885) dowodzą, iż mocz ciężarnych pomimo wszelkich ostrożności przy jego upuszczaniu i przechowywaniu, może zawierać w sobie niższe ustroje (mikrokokki) 1 raz na 5, a to wskutek rozprzestrzenienia się nieżyty błony śluzowej pochwy na pęcherz i moczowody; mocz zawierający białko zawierał stale owe twory, przeważnie w formie łańcuskowej. Krew zaś takich kobiet nie zawsze je wykazywała, ale też i przedsięwzięte w celu jej badania poszukiwania nie były dość dokładnymi. U 5-ciu eklamptyczek z białkomoczem badania czynione w tym kierunku z uryną 3 razy dały wynik przeczący, 2 zaś razy potwierdzający. Zdaniem tych autorów, zależne od mikrokokków *nephritis* i białkomocz wzrastają lub zmniejszają swe

natężenie względnie do napadów eklampsyi. Wyż przytoczony STUMPF zdając sprawozdanie z ciekawych dwóch badań pośmiertnych eklamptyczek, na zebraniu Towarzystwa niemieckich gynecologów w Monachium (patrz *loco citato*) wykazał, iż krew w obu razach zawierała methamoglobulin, zaś tylko w jednym przypadku (przy zupełnej anurii) mocznik; ammonjaku zaś i tym razem w niej nie było. W przypadku gdzie zakażenia mocznikowego krwi nie wykazał twierdzi, że zatrucie mogło nastąpić pierwiastkami które jeszcze nie zdążyły zamienić się w mocznik. Biorący udział w dyskusyi nad tym przedmiotem BATTLEHNER zauważył, iż w przypadku owym zakażenie mogło nastąpić od pierwiastku należącego do kategorii ptomainu wytworzonego jeszcze za życia w wątrobie lub nerkach, STUMPF jednak ze względu iż ptomainy powstają tylko pod wpływem bakteryj gnilnych nie był skłonny do przyjęcia tego przypuszczenia.

Co się dotyczy zwiastunów napady drgawek poprzedzających, podzielić by je należało na podmiotowe (subiektywne) i przedmiotowe (objektywne). Pierwsze z nich nie są stałemi, często brak ich zupełnie albo przychodzą nie zwracając na siebie uwagi; do tych należą: zawroty, bóle głowy (najczęściej), zmiany w widzeniu (rzadziej) i t. p. Do drugiej kategorii zwiastunów zaliczyć wypada: obrzmienia ogólne lub częściowe ciała, zmniejszenie wydzieliny moczu i obecność w nim białka. Rozbierając następnie ich przyczyny, przekonamy się, iż ostatnie, rzeczywiście służyć mogą za wskazówkę każącą przypuszczać możliwość wystąpienia drgawek; żaden z nich jednak stanowczym zwiastunem eklampsyi być nie może.

H. T. BAHSON (*Virginia med. monthly* 1877 Październik) w 14 spostrzeżeniach własnych, zauważył jako objaw poprzedzający eklampsyę w ciąży, szczególną żarłoczność ciężarnych. Zdaniem jego, objaw ten wywołany był niezwykle przyspieszoną przemianą tkanek przez ciężę spowodowaną, przyczem produkta tej przemiany materii były niedostatecznie przez nerki usuwanemi z ustroju, co ostatecznie prowadziło nie do niedokrwienia lub pełnokrwistości lecz do przesycenia krwi włóknikiem i tworami wyciągowemi. Żaden z jego przypadków nie przedstawiał objawów, wodnistości krwi znamionujących (opuchliny). Objaw więc chorobliwego głodu w ciąży uważa BAHNSON jako zapowiedni a nawet wskutek swych, do drgawek porodowych uspasabiający. Tenże autor zauważył również, w przypadkach przez siebie spostrzeganych, rażący brak zwykłych utrat krwi u rodzących podległych eklampsyi, co zdaniem jego ma być ważnem wskazaniem do użycia upustów krwi przez niego zalecanych.

b) Uwagi dotyczące warunków, przyczyn i sposobu powstawania choroby.

Pod względem częstości pojawiania się drgawek porodowych, zdania różnych autorów są bardzo niepewne. Zdaje mi się iż wszyscy piszący, przytaczając stosunek częstości eklampsyi do liczby ciąży i porodów, popełniali i popełniają jeszcze ten błąd mianowicie, iż biorą w rachubę liczbę porodów danej miejscowości. Wszyscy wprawdzie zaznaczają iż eklampsya jest chorobą

rzadką, sędzę jednak iż ci z nich, który stosunek jej do liczby porodów oznaczają jak 1:1000 najbliższymi są prawdy. Twierdzenie to opieram na własnem spostrzeganiu. W powiecie Skierniewickim, w którym zamieszkuję od lat 20-tu, prawie wszystkie cięższe przypadki położnicze, przez cały ten czas, były przezemnie wyłącznie obsługiwane, a jednak w ciągu owych lat dwudziestu, miałem sposobność spostrzegać tylko 18 przypadków drgawek porodowych; przypuszczając iż zdarzyć się mogło jeszcze kilka takich przypadków tej choroby o których nie wiem i biorąc pod uwagę iż liczba porodów rocznie wahać się w naszym powiecie mogła między 1200 do 1400, wypadnie w przybliżeniu że na 24000 lub więcej nawet porodów mogło być około 24 przypadków eklampsyi; zatem 1 na 1000, jak to wyżej nadmienilem. Taki też stosunek podawał z dawniejszych autorów VELPEAU. Podług statystyki późniejszych autorów, francuzkich i angielskich, pomieszczonej w rozprawie mojej z r. 1870 wypadło iż stosunek ten wynosi przybliżenie 1:600 Niemiecka statystyka oznaczała go na 1:400 lub 500; z najnowszej przytaczam cyfry które podał SCHAUTA z Wiednia (*Arch. f. Gynäk.* Bd. XVIII. Hft. 2). Obliczył on mianowicie iż na 134,345 porodów obserwowano eklampsję 349 razy; wypada zatem bez mała 1 jej przypadek na 400 porodów. Tak wielki stosunek zależy niewątpliwie od tej okoliczności, iż na statystykę ową składały się cyfry instytutów położniczych i przypadki z praktyki prywatnej, które mieszczą w sobie wielkie odsetki porodów nieprawidłowych; zatem i eklampsją częściej powikłanych.

W każdym razie widzimy iż eklampsja jest chorobą rzadką, ztąd wniosek że i momenta sprzyjające jej powstawaniu są również rzadkiemi.

Sposób pojawienia się eklampsyi jest sporadyczny. Potwierdzają to nie tylko dawniej przezemnie podane lecz i obserwacye kolegów łaskawie mi udzielone (ROGOWICZA, THIEMEGO, STYPIŃSKIEGO); każdy z nas, odnośnie do okresu czasu w którym zbieraliśmy nasze spostrzeżenia widział mniej więcej jednakową liczbę przypadków: bywało ich od 1 do 3 w ciągu jednego roku, niekiedy zaś lat kilka mijało bez możności spostrzegania choćby jednego przypadku tej choroby; zdarzyły się i dłuższe przerwy, tak np. ja sam od 1872 do 1880 r. t. j. w ciągu lat siedmiu ani razu nie spostrzegałem eklampsyi.

Rzadkość i sporadyczność choroby nie przemawiają za przypuszczeniem iż by ona mogła być dziedziczną lub też, iżby na rozwinięcie jej mogło mieć wpływ na śladownictwo, właściwsze histeryi. Takie też jest przekonanie ogółu badaczy, zdania zaś przeciwne należą do wyjątków. Zwolennikiem przyjęcia tych wpływów w charakterze przyczyn eklampsyi jest Stephane BARQUISSAU (*De l'Eclampsie puerperale. These.* Paris 1872) który stawia je w rzędzie przypadkowych przyczyn tej choroby; wierzy również w usposobienie do niej wynikające z jednorazowego już jej przebycia, co w zupełności nie zgadza się z obserwacyami największej liczby autorów, równie i z mojemi: na 18 bowiem przypadków choroby widziałem ją 1 raz tylko występującą powtórnie u tej samej kobiety. Z dawniejszych KRAUSE twierdził wprost przeciwnie a mianowicie, iż raz przebyta eklampsja zabezpiecza od następnego jej pojawienia. Polegając zapewne na przypadkowem występowaniu eklampsyi

podczas panowania epidemicznych chorób położowych, autor ten między przyczynami przypadkowemi pomieszcza i zaraźliwość, nie rozbiera wszakże pytania czyli epidemiczność jej zależy od zarazka *sui generis* właściwego eklampsyi, czyli też od zarazka położowego wogóle; przypuszczeń zaś swych nie popiera żadnemi pozytywnymi dowodami. BARQUISSAU jest zresztą jedynym ze znanych mi autorów, który warunkom kosmicznym przypisuje szczególnie wpływ na powstawanie eklampsyi; powiada on iż raptowne zmiany temperatury są w możności ją wywołać, a także że w krajach stref gorących (cytuje wyspę Bourbon) choroba ta ma być szczególnie częstą. Czy tak jest w rzeczy samej nikt więcej dotąd nie stwierdził, a i autor ten dowodów dotykanych i liczbowych w pracy swej nie przytacza.

Ogólnie znany jest fakt, że eklampsyi głównie podlegają pierwiastki: w pracy mojej z r. 1870 przytoczyłem statystykę z której wypada iż na 100 przypadków eklampsyi występowała ona 77 razy u pierwiastek. SCHAUTA (*op. cit.*) podaje ze swych obliczeń 82,6% pierwiastek; z zebranych przezemnie obecnie cyfr okazuje się, iż na 68 przypadków eklampsyi zdarzyła się ona 53 razy u pierwiastek a 15 razy u kobiet już w ciąży bywałych czyli 76,5% liczby ogólnej przypadków. Cyfry te tak są blizkie sobie, iż nie powinno nam być poczytane za błąd, jeżeli stosunek eklamptyczek pierwiastek do niepierwiastek oznaczmy przez 4:1. KIWISCH oznaczał go dawniej jak 5:1.

Tę większą skłonność pierwiastek do eklampsyi tłumaczą ogólnie wyższym u nich stopniem zmian chemicznych krwi, a z drugiej strony większą niepodatnością ścian brzusznych, drogi porodowej i sromu, wpływającemi już to na utrudnienie krążenia, już znów na trudniejsze warunki porodu. Taki sposób tłumaczenia w zupełności podzielamy. Im starszą jest pierwiastka im przeto większą jest u niej niepodatność ścian brzusznych i drogi porodowej, tem więcej staje się ona skłonna do eklampsyi. Zdanie to ogólnie jest przyjętem, chociaż cyframi trudno jest go dowieść, największa bowiem liczba pierwiastek mniej więcej należy do 20-letnich; ztąd też na ten wiek przypada stosunkowo największa liczba przypadków eklampsyi. Dodając wszakże wiek wszystkich chorych przezemnie i kolegów obserwowanych i dzieląc otrzymaną cyfrę przez liczbę przypadków jako średni wiek dla eklampsyi wypadło nam lat 25, co w pewnej mierze stwierdza przypuszczenie powyżej postawione. Zwracam uwagę, iż w statystyce obecnie przezemnie zebranej najmłodsza pierwiastka eklampsyi podległa miała lat 16, najstarsza zaś lat 40. E. H. WHEELER (*Amerik. med. Biweekly*. Czerwiec 22. 1878) opisał przypadek eklampsyi u pierwiastki niecałe 13 lat wieku liczącej, w stanie *Illinois* przez niego spostrzegany; chora ta przed zejściem w ciążę zaledwie 2 razy tylko miesiączkowała; rozwiązana kleszczami, zmarła.

Opierając się na cyfrach dawniejszych autorów, w rozprawie z r. 1870 wyprowadziłem wniosek, iż eklampsya prawie 3 razy jest częstszą podczas porodu niż w położu, a w tym ostatnim, częstszą niż w ciąży; stosunek liczbowy przedstawił się w sposób następujący: podczas porodu 149 przypadków, w położu 59 przyp., w ciąży 40 przyp. SCHAUTA (*op. cit.*) stosunek ten podaje w cyfrach 145:82:42 czyli przybliżenie jak 4,5:2:1. Pragnąc dokładnie zbadać

możliwe przyczyny eklampsyi, staraliśmy się w statystyce naszej krajowej, zebrać pod tym względem jeszcze więcej szczegółowe dane i okazało się iż na 68 przypadków eklampsya wyłącznie w ciąży była obserwowaną 6 razy, w ciąży i przy porodzie 6 razy, przy porodzie samym 20 razy, przy porodzie i w połoгу 16 razy, w ciąży, przy porodzie i w połoгу 7 razy, nakoniec w połoгу samym 13 razy. Tym sposobem na 68 przypadków drgawki wystąpiły pierwotnie przy porodzie 36, w połoгу 13, w ciąży 19 razy przybliżenie zatem wypada stosunek jak 3:1:2. (St. JERZYKOWSKI w podręczniku swoim z r. 1875 wyraża ten stosunek procentowo jak 55%:18%:27% czyli przybliżenie jak 5:2:3). Wypadłoby zatem iż drgawki pierwotnie występujące w połoгу są rzadszemi od drgawek w ciąży, co zmieniałoby poprzednio wypowiedziane przekonanie. Jakkolwiek z teoretycznego punktu widzenia, przyjęcie takiego stosunku częstości pierwotnego pojawiania się drgawek w różnych okresach sprawy płodzenia, byłoby dogodniejszem dla tłumaczenia ich przyczyn; to jednak wyznają iż liczba 68 spostrzeżeń jest jeszcze zbyt małą aby na niej stanowcze wnioski można było oprzeć; pozostaje tylko jeden fakt faktem: iż eklampsya występuje pierwotnie najczęściej podczas porodu, że zatem okres ten sprawy płodzenia, dostarcza najwięcej momentów drgawki wywołujących. Ta największa częstość pojawiania się eklampsyi podczas porodu, uzasadnia nadawanie jej skróconej nazwy polskiej „Drgawki porodowe“.

Przejdźmy z kolei do rozważania warunków, wśród których drgawki pojawiają się w każdym poszczególnie okresie sprawy płodzenia.

W ciąży występują pierwotnie najczęściej w drugiej jej połowie i to tem częściej, im bliżej kresu ciąży. W 3-ech moich przypadkach wystąpiły one za każdym razem w końcu 9-go miesiąca. Kol. ROGOWICZ na 5 przypadków spostrzegł ją raz w 6 miesiącu, 2 razy w 7-ym, raz w 8-mym i raz w 9-ym miesiącu. Kol. THIEME na 11 przypadków obserwował ją: raz w 7-ym, 10 razy w 9-ym miesiącu. Ogółem przeto na 19 przypadków eklampsyi rozpoczynającej się w ciąży występowała ona pierwotnie: raz w 6-ym, 3 razy w 7-ym, raz 8-ym i 14 razy w 9-ym miesiącu. Obliczenie to potwierdza wyżej postawioną zasadę; wogóle też przyjmują iż eklampsya w pierwszej połowie ciąży należy do największych rzadkości; w nowszej literaturze znajdujemy opisany jeden tylko przypadek wystąpienia tej choroby w 5-tym miesiącu ciąży, obserwowany przez A. HAMILTON'A z Chester (*Brit. med. Journ.* 1881. Kwiecień 2. p. 511).

Z powyższego wynika że, im bliższą jest ciąża swego kresu, tem więcej potęgują się momenta uspasabiające do eklampsyi. Jakież to mogą być owe momenta? Fizyologiczne następstwa ciąży przekraczające granicę fizyologiczności i czysto patologiczne. Do pierwszych należą właściwa ciężarnym chemiczna zmiana krwi (*leuco-hydraemia*) i zależne od ciąży mechaniczne przeszkody w krążeniu, a ztąd podniesienie ciśnienia tętniczego w ośrodkach nerwowych przez utrudnienie krążenia w narządach dolnej połowy ciała.

Tu przypominamy, iż tak zwane zmiany fizyologiczne od ciąży zależne zwykle wybitniejszemi są u pierwiastek niż u kobiet w ciąży bywały; ztąd

większa częstość eklampsji u pierwszych niż u drugich; że wreszcie zmiany te są stałemi towarzyszami ciąży wogóle, gdy tymczasem zmiany chorobliwe, któreby do eklampsji usposabiać mogły, chociaż często się przytrafiają, nie są jednak tyle stałemi jak fizyologiczne.

Podczas porodu, eklampsja jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, zwykła najczęściej występować; poród więc musi być chwilą najbardziej powstawaniu drgawek sprzyjającą. Zapytujemy co charakteryzuje okres porodowy w tem rodzaju, iżby wywołać mogło objawy nerwowe dowodzące nagłego podrażnienia ośrodków? Dwa są tylko momenta którym wpływ podobny przypisać można: 1) bóle porodowe od skurczów macicy pochodzące, niezależnie od woli rodzącej; 2) natężenia porodowe, polegające na większem lub mniejszem parciu przepony na trzewia brzuszne, do pewnego stopnia od woli rodzącej zależące; pierwszych oddziaływanie może być czysto nerwowe, drugich dynamiczne, utrudniające niekiedy w wysokim stopniu (choć tylko chwilowo) warunki krążenia w narządach brzusznych, *respective* podnoszące ciśnienie w naczyniach ośrodków nerwowych.

Zobaczmy przedewszystkiem: jaki też jest stosunek pojawienia się pierwotnego drgawek do różnych okresów porodu.

Nazwa autora.	Liczba spostrzeżeń	Początek napadów w okresie porodowym.				
		I	II	III	IV	V
Z dawniejszych: Krauze	6	2	3	—	—	1
Kiwisch	32	10	10	8	1	3
Arneth	10	2	5	3	—	—
Z nowszych (krajowych) Rogowicz. . . .	9	3	4	2	—	—
Thieme	7	2	1	3	1	—
Rybicki	12	1	7	2	—	2
Stypiński ¹⁾ . . .	8	—	6	2	—	—
Razem na	84	20	36	20	2	6

Z tablicy tej widzimy, iż w pierwszych trzech okresach porodu najłatwiej o przyczynę wywołującą drgawki, a z pomiędzy nich najłatwiej o taką przyczynę w okresie 2-gim. Czemże to szczególnem odznacza się okres 2-gi? Jest to okres rozwierania się ujścia macicznego i wogóle najprzykrzejszych dla rodzącej bólów porodowych. Dokuczliwość ta zmniejsza się z chwilą wstępowania części przodującej w próżnię małej miednicy t. j. z chwilą rozpoczęcia się okresu 3-go w którym, owo że się tak wyrażę *różnięcie porodowe*

¹⁾ Kol. STYPIŃSKI w opisie swych 10 przypadków eklampsji (*op. cit.*) konkluduje: wprawdzie napady choroby rozpoczynały się częściej w 3-cim okresie niż w 2-gim lub innych, nie wiemy wszakże co chce rozumieć przez okres 3-ci. Przyjmując zgodnie z ogółem iż początek okresu 3-go porodu zaczyna się z chwilą ustalenia główki, dostatecznego rozwarcia ujścia a przedewszystkiem z chwilą rozpoczęcia się zstępowania główki w małą miednicę, byliśmy zmuszeni, czytając z uwagą opis każdego z przypadków kol. STYPIŃSKIEGO, odnieść z nich 5 do okresu 2-go, 2 zaś tylko do 3-go okresu porodu.

zaczyna się zmieniać w bóle tak zwane porodowe dęte. W okresie 1-ym i 2-gim natężeń czynnych ze strony rodzącej nie bywa zwykle, a przynajmniej są one znacznie mniejsze niż w okresach 3-im i 4-tym; trudno zatem przypuścić aby w dwóch pierwszych okresach porodu, przeszkody w krwiobiegu, powstałe wskutek pracy porodowej, mogły być przyczyną pierwotnego wystąpienia drgawek; w tych zatem okresach jedynie bolesność skurczów macicy i wynikłe ztąd podrażnienie nerwowe, mogą być uważane za moment wywołujący drgawki. Im bliższą jest część przodująca wychodu miednicy małej i bóle przybierają więcej charakter dętych, a część przodująca już nie może uciskać narządów nad wchodem małej miednicy leżących, tem niebezpieczeństwo wystąpienia drgawek staje się mniejszem; dowodzi tego wielka rzadkość drgawek powstałych pierwotnie w 4-tym okresie porodowym. Drgawki okresu 5-go, równie rzadkie, objaśnić też możemy jedynie podrażnieniem nerwowem wywołanem skurczami macicy, dążącemi do wydalenia łożyska, bowiem o jakimkolwiek ucisku, w tym okresie nie może być mowy.

Tyle powiedzieć się daje o wpływie bólów, mniej więcej prawidłowych, pierwszych okresów porodu na wywołanie napadów drgawkowych. Przypisując im wpływ drażniący ośrodków, dochodzimy logicznie do wniosku, iż im one są dokuczliwsze, im bardziej nieprawidłowe, im dłużej ich trwanie się przewlekła, tem snadniej wyrzucić one mogą ów wpływ szkodliwy.

Faktom trudno zaprzeczać, to też już i dawniejsi autorowie (KIWISCH, SCANZONI, KRAUSE) wpływ bólów porodowych na występowanie drgawek, stawiali w szeregu przyczyn je wywołujących. Zaprzeczył mu, z wybitniejszych pisarzy tylko C. BRAUN z Wiednia (*Klinik der Geburtsh. und Gynäk. Erlangen 1885. XV Beitrag. Wniosek 11. Str. 300*). Uczynił to zapewne z pobudek czysto teoretycznych, jako bowiem gorący zwolennik teorii FRERICHS'A, pragnął wszystkie i zawsze przypadki eklampsji objaśnić li tylko zatruciem moczownikowem a właściwie amonowem; z teoretycznego zatem punktu widzenia, przyjmowanie wpływu nerwowego bólów porodowych wcale mu nie było potrzebnem.

Z pomiędzy nielicznych autorów naszych ja zdaje się pierwszy, zwróciłem szczególniejszą uwagę (w rozprawie z 1870 r.) na bóle porodowe, jako na przyczynę drgawki wywołać mogącą i kilkoma następnie drukiem ogłoszonymi spostrzeżeniami, starałem się twierdzenie moje podtrzymać. Pilniejszą zwracając na ten przedmiot uwagę, w spostrzeżeniach moich przy eklampsji podczas porodu się rozpoczynającej, zauważyłem nieprawidłowość lub wielką dokuczliwość bólów porodowych w 7 przypadkach, a także raz w przypadku drgawek rozpoczętych pierwotnie w ciąży i takimi bólami w następstwie podczas porodu podtrzymywanymi i raz w połogu przy silnem bardzo rznięciu połogowem. W innych przypadkach moment ten nie zwrócił na siebie mojej uwagi, lub też bóle były prawidłowe. Kol. ROGOWICZ w ciągu swej praktyki nie zwracał szczególnej uwagi na ten przedmiot. Kol. THIEME w nadesłanej mi statystyce podaje 5 przypadków w których nieprawidłowość lub dokuczliwość bólów porodowych spostrzegał: w jednym z nich eklampsja pojawiła się pierwotnie w 1 okresie porodu, w 1 w 2-gim okresie, w 2-ch w 3-im okresie

i nakoniec w 1 rozpoczęła się pierwotnie w ciąży a następnie przeciągała : te podczas porodu, będąc bólami takimi podtrzymywaną. Baczniejszą uwagę ten wpływ bólów porodowych zwrócił kol. STYPIŃSKI, który na 10 przez siebie obserwowanych przypadków w czterech go stwierdził; położył on przytłaczający nacisk na szczególny wpływ jaki wyrzucić może w pewnych razach ucisk ręką na tylną ścianę macicy wywarty podczas porodu a nawet i w położu t. j. i możliwości wywołania tą drogą napadu eklampsji (w 1 przypadku po dość długim już nawet ustaniu jej poprzednio).

O ile zauważyć mogłem, najbardziej drażniącemi rodzące, są bóle okresu 2-go; krótkie, często się powtarzające a mało lub prawie nieskuteczne, przez co okres ten nadmiernie się przewleka i do najwyższego stopnia może rozstroić nerwowo rodzącą. Wśród takich to bólów, przy istniejącem zakażeniu usposobieniu, drgawek najbardziej obawiać się należy.

(d. c. n)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

63. Przyczynek do rozpoznania i leczenia krwotoków macicznych nietypowych. *Zur Diagnose und Therapie der atypischen uterusblutungen von Dr. EICHHOLZ in Jena.* (Odbitka z pisma miesięcznego „Der Frauenarzt“ 1887). Krwotoki maciczne nietypowe, których źródłem są zapalenia wewnątrz-maciczne (*endometritis fungosa s. polyposa*), resztki łożyska jakoteż nowotwory, jużto złośliwej, już niezłośliwej przyrody są przez różnych ginekologów w różny sposób leczone. Jedni, nie troszcząc się wcale o bliższe określenie cierpienia będącego źródłem krwotoku, robią wyskrobanie (*Curettement*) błony śluzowej wnętrza macicy. Inni znowu przed przystąpieniem do jakiegokolwiek rękoczynu rozszerzają ujście maciczne i dopiero za pomocą badania palcem (*Abtastung*) starają się przekonać o cierpieniu podstawowem. Wynik badania dopiero decyduje o jakości rękoczynu. Zwolennicy ostatniego sposobu postępowania twierdzą, że bez należytego zbadania wnętrza macicy niepodobna zrobić ścisłego rozpoznania, a zatem i wszelkie leczenie jest nieusprawiedliwionem; że ani badanie za pomocą zgłębnika, ani anamneza, ani inne objawy nie dostarczają tak pewnych danych jak zbadanie palcem, że i leczenie, a specyjalnie wyskrobanie nie jest ścisłem, ponieważ wraz z cierpiącą błoną śluzową usuwa się i części zdrowe, a z drugiej strony pozostawia ekskrescencye usadowione w miejscach dla kuretki niedostępnych. A zresztą dla czegoż nie ma być wykonaniem rozszerzenie ujścia macicznego; wszak laminaria może się stać przy pomocy leków przeciwnie działających aseptyczną, a niebezpieczeństwo zakażenia usuniętem.

Przeciwnicy tego sposobu postępowania opierają swój pogląd na następujących danych. Rozszerzenie ujścia macicznego do przejścia wymaga co najmniej 3 dni czasu; oprócz bólu, jakiego chore doznają są one narażone na niebezpieczeństwo zakażenia; podczas całej tej procedury chora winna być ściśle spostrzegana, co w praktyce prywatnej nie łatwem jest do przeprowadzenia; rękoczyn wymaga licznej assistencji. Co się tyczy wyżej wspomnianej niedostateczności ścisłego rozpoznania, to jest ono po większej części zbytecznem; skoro się bowiem przekonamy, że krwotoki nie zależą od cierpienia innych narządów, w takim razie mamy prawo twierdzić, że źródłem ich jest cierpienie macicy tembardziej, gdy chore mają upławy, gdy na części pochwowej macicy znajdziemy owrzodzenie, a czoło macicy zgrubiałem i powiększonym. Czy zaś usuniętą będzie cała błona śluzowa wnętrza macicy, czy tylko część to wszystko jedno, ponieważ jest dowiedzionem, że błona śluzowa macicy po jej wy-

WYSZCZEGÓLNIENIE CHOROBY		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	25	30	35	40
Morbo in acut.	Typhus abdominalis																
	Typhus exanthematicus																
	Febris intermittens																
	Variola																
	Variolois																
	Morbilli																
	Diphtheritis																
	Pneumonia eruposa																
	Erysipelas																
	Rheumatismus articularis acutus																
Universales et sanguinis	Marasmus senilis																
	Anaemia																
	Scrophulosis																
	Lues inveterata																
	Rheumatismus muscularis																
	Rheumatismus articularis chronicus																
App. respiratorii	Arthritis deformans																
	Laryngitis catarrhalis acuta																
	Stenosis laryngis luetica																
	Bronchitis catarrhalis acuta																
	Bronchitis catarrhalis chronica																
	Emphysema pulmonum																
	Pleuritis serosa																
App. circulationis	Gangraena pulmonum																
	Phthisis pulmonum																
	Insufficiencia et stenosis mitralis																
	Insufficiencia et stenosis aortae																
	Arteriosclerosis																
App. digestionis	Phlebitis																
	Lymphadenitis submaxillaris																
	Angina follicularis																
	Abscessus peritonsillaris																
	Dyspepsia																
	Gastritis catarrhalis acuta																
	Gastritis catarrhalis chronica																
	Carcinoma ventriculi																
	Enteritis catarrhalis acuta																
	Enteritis catarrhalis chronica																
	Gastro - duodenitis catarrhalis																
	Cirrhosis hepatis																
App. urin.	Echinococcus hepatis																
	Neoplasma hepatis																
	Catarrhus colli vesicae urinae																
App. genit. fem.	Atonia vesicae urinae																
	Morbus Brighti chronicus																
	Amennorrhoea																
	Neoplasma benignum uteri																
App. nervosi	Carcinoma uteri																
	Oophoritis																
	Haemorrhagia cerebri																
	Ramollitio cerebri																
	Myelitis chronica																
	Tabes dorsalis																
	Comotio cerebri																
	Epilepsia																
	Neurasthenia																
Varii	Lumbago																
	Ischias																
	Alcoholismus chronicus																
	Otitis media																
	Contusio capitis																
	Simulatio																
	Agonisatio																

OBJASNIENIE.

 Mężczyźni. Kobiety. Zmarli. a.wum.edu.pl

skrobaniu szybko się oradza. Rozważywszy dane przemawiające za i przeciw rozszerzeniu ujścia macicznego należy dodać, że co się tyczy prostoty i nie-długiego trwania całego rękoczynu *ceteris paribus* pierwszeństwo oddać należy wyskrobaniu bez rozszerzenia ujścia; z drugiej strony pewność rozpoznania bez rozszerzenia ujścia pozostawia nieraz wiele do życzenia. I w rzeczy samej zdarzają się przypadki, w których pomimo wyskrobania krwotoki nie ustają, a badanie następnie wykonane przy pomocy rozszerzenia ujścia macicznego wykrywa twardy guz w macicy. Tu należą przypadki LOMERA (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* IX) i OLSHAUSENA (*Arch. f. Gynekologie* VIII). Autor miał sposobność spostrzegać 34 przypadków nietypowych krwotoków macicznych, przy których dokonaniem było rozszerzenie ujścia macicznego. Przypadki te są zdaniem autora bardzo ważne dla rozjaśnienia omawianej kwestyi i dlatego podaje autor wyniki przez się otrzymane.

We wszystkich przypadkach rozszerzenie dokonane zostało za pomocą laminarii, co wymagało średnio 3 dni czasu. W 15 przypadkach ekskrescencye usadowione były w dnie macicy i około tub, w 6 w samym dnie, w 3 w szyi macicznej, w 4 na przedniej, tylnej ścianie. Kilka razy musiało być skutkiem gorączki rozszerzenie ujścia przerwanem na pewien czas; raz po operacyi w drugim tygodniu rozwinęło się zapalenie okołomaciczne znacznego natężenia z wysiękiem, który uległ wessaniu dopiero po 2 miesiącach, raz mniej znaczne zapalenie okołomaciczne. Z 34 przypadków 8 chorych zgłosiło się po raz drugi do autora z przyczyny powtórnych krwotoków. Chore te zasługują na szczególniejszą uwagę.

Jedna chora, u której pierwszy raz znaleziono wyniosłości na dnie macicy i częściach przytykających do tub, w 9 tygodni po operacyi zgłosiła się z przyczyny powtarzających się krwotoków. Przy drugim badaniu znaleziono małe wyniosłości na dnie i naokoło prawej tuby, które widocznie nie zostały usunięte przy pierwszej operacyi; jestto najlepszy dowód, że nawet badanie za pomocą palca nie ubezpiecza od niedokładności rękoczynu. Dwie chore, u których znaleziono błonę śluzową wewnątrz macicy gładką, zakomunikowały autorowi listownie, że krwotoki mają ten sam nieregularny charakter jak i przed operacyą. U jednej chorej, u której nic nieznaleziono nieprawidłowego i która też operowaną nie była, znaleziono w pół roku przy pierwszym badaniu 2 wielkości grochu polipy. U innej chorej, u której znaleziono miękkie śluzowe wyniosłości na dnie macicy usunięte zostały pojedynczo za pomocą łyżeczki (*Löffelzange*) musiało być wykonaniem skutkiem powtarzających się krwotoków. Siódma chora, u której usunięto z macicy mięsaka zakomunikowała autorowi po 6 miesiącach, że krwotoki powtarzają się nadal. Przyczyną krwotoków musiało być istniejące obok mięsaka zapalenie wewnątrz macicy (*endometritis fungosa*).

U 8 chorej u której wykonaniem było całkowite wyskrobanie błony śluzowej macicy z przyczyny *endometritidis fungosae*, po 2 latach przy ponownem badaniu znaleziono znowu przewlekłe zapalenie wewnątrz macicy. W tym przypadku widoczną jest prawdziwa recydywa. Leczenie przy którym w 34 przypadkach 7 razy otrzymano wynik ujemny już w krótkim czasie nie może być uważanem za zupełnie dokładne, z czego wnosić należy, że rozszerzenie ujścia macicznego, dla ściślejszego rozpoznania przyczyny krwotoków macicznych i dla skutecznego usunięcia tychże nie zawsze uwieńczonem zostaje pomyślnym wynikiem. Zdaniem autora tylko w przypadkach, w których za pomocą zgłębnika macicznego wykryto obecność lub też choćby prawdopodobieństwo stałego guza będącego przyczyną krwotoków macicznych, rozszerzenie ujścia macicznego jest koniecznem tak dla ściślejszego rozpoznania jak i leczenia. Autor z przypadków przez się spostrzeganych wyprowadza następujące wnioski:

1) Rozszerzenie ujścia macicy i zbadanie za pomocą dotyku wewnątrz ma-

cicy przy krwotokach macicznych nietypowych jest w większości przypadków zbytecznem.

2) Zapalenia wnętrza macicy (*endometritis fungosa*) daje się łatwo rozpoznać z objawów: krwawienia, upławów owrzodzenia części pochwowej macicy, powiększenia ciała macicy; obecność resztek łożyska z anamnezy.

3) Dla terapii obojętnem jest gdzie są usadowione śluzowe wyniosłości lub resztki łożyska, ponieważ bez szkody usunąć można całą błonę śluzową macicy. Przez kilkakrotne zakładanie laminaryi rozpoznawanie zostaje utrudnionem, co pochodzi prawdopodobnie od wygładzenia się błony śluzowej pod wpływem laminaryi.

4) Twarde narośle we wnętrzu macicy usadowione dają się łatwo rozpoznać przy badaniu za pomocą zgłębnika. W tego rodzaju przypadkach należy jednak za pomocą rozszerzenia ujścia macicznego przekonać się o przyrodzie i umiejscowieniu guza.

Felix Arnstein.

64. 0 śpiączce moczówkowej (*Du coma diabétique*). Par R. LÉPINE. Dawne mniemanie, że krew, cierpiących na moczówkę jest mało alkaliczną, wskrzeszonym zostało przez M. STADELMANA, który badając mocz diabetyków wykrył kwas, zbliżający się bardzo do kwasu krotonowego. Ostatnie poszukiwania KÜLZ'A i MINKOWSKIEGO, dokonane niezależnie jeden od drugiego, wykazały, że to jest kwas oksybutyrowy, co następnie potwierdzili DEICHMÜLLER, SZYMAŃSKI i TOLLENS. Opierając się na swoich poszukiwaniach, STADELMAN przepisuje diabetykom dwuwęglan sodu od 36—72 grm. przez ciąg kilku dni. Następnem tej kuracji jest zmniejszenie ilości soli amoniakalnych w moczu. Nawet podczas śpiączki M. STADELMANN nie waha się wstrzykiwać do żył wodę słoną zawierającą 20—30 grm. sody na 1000.

Chory X. 24 lat przybył do kliniki 17 I. 1887. Od 19 roku miał objawy moczówki. 1. II. 87. O godz. trzeciej w dzień wystąpiła śpiączka. P. 120. T. 35°6. Zapach acetonu w moczu. Do *vena med. cephal.* wlano powoli (20 minut) 1½ litra wody 40° C. zawierającej 8,0 soli i 34,00 sody. Bezpośrednio po wprowadzeniu do krwi tego roztworu zauważono, że śpiączka jest mniejszą, chory mógł sam pić. Wieczorem drugie wlewanie z 2 litrów 40° C. (12,00 soli i 10,0 sody). Surowica badana przed wlewaniem była prawie obojętną. Mocz wypuszczony w ½ god. po wlaniu był mocno kwaśny lecz nie polaryzował na lewo. Chory miał się lepiej ale wbrew oczekiwaniu zmarł o 2-iej rano. W danym przypadku zasługuje na uwagę ta okoliczność, że uryna, pomimo że do krwi wprowadzono 44 grm. sody pozostała mocno kwaśną; również i surowica nie przedstawiała alkaliczności prawidłowej. Z punktu widzenia M. STADELMANN'A niepomysłne zejście opisanego przypadku zależnem było od niezupełnej i spóźnionej interwencji terapeutycznej; niezupełnej — krew bowiem nie osiągała zwykłej swej alkaliczności, spóźnionej — gdyż chory był w śpiączce od 6 godzin. Co się tyczy pierwszego, autor robi uwagę, że lubo kwasy będące we krwi zostaną nasycone przez zasadę, jednak pozostają w krwi sole tych kwasów, które mogą nie być obojętnymi dla organizmu. Jako dowód, że sole kwasów należących do tegoż szeregu, jakoto propionowego, butyrowego i t. d. są jadowite, autor przytacza doświadczenia M. MAYER'A i O. WEBER'A, dokonane na zwierzętach. Dalej jednak mówi, że odrzucać leczenie STADELMANN'A byłoby rzeczą nierozsądną, doświadczenie bowiem wykazało że w moczu wydobytym za pomocą kateteru po drugiem wlewaniu, kwasu oksybutyrowego nie znaleziono (mocz nie polaryzował na lewo). Przypuszcza zatem autor, że soda działa tu nie nasycając na kwasy, lecz jako środek moczopędny zapobiega dalszemu tworzeniu się kwasów i sprzyja ich rozkładowi. W zakończeniu autor zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku i robi słuszną uwagę, że zazwyczaj diabetykom przepisują wyłącznie mięsą dyetę, która niepomysłnie wpływa na przebieg choroby.

(*Revue de médecine*. Nr. 3—1887). J. Drzewiecki.

65. SLELFERICH. O sztucznem pobudzeniu nowotworzenia kości. Autor radzi w przypadkach, w których tworzenie kostniny po złamaniu jest opóźnione, lub niedostateczne, lub po oddaleniu wielkich martwiaków zastosować postępowanie, które by wywołało przekrwienie w miejscu, w którym tego pragniemy. Przekrwienie to ma pobudzić szybsze tworzenie się kostniny, i daje się osiągnąć przez przewiązanie kończyny rurką gumową elastyczną i obandażowanie powyżej miejsca, na którym chcemy wywołać przekrwienie. Ucisk powinien mieć dość mocy, nie na tyle jednak, aby sprawiał ból choremu; z początku stosuje się przez kilka godzin, później i dłużej. Obrzmienie żył autor nie spostrzegał. Nie radzi stosować tego postępowania przy cierpieniach gruźliczych kości, a przy stawach wrzekomych metoda ta nie osiąga żadnego rezultatu. Autor czynił już próby od 6 lat z dobrym skutkiem i poprzednio metodę tę stosowali DUMREICHER i NICOLADONI.

(*Beilage zum Centralbl. für Chir.* 1887. Nr. 25). A. G-z.

66. WAGNER. Przenoszenie świeżych szypułkowatych płatów skóry z klatki piersiowej na górne kończyny. Autor za przykładem zmarłego prof. MAAS'A zastosował w 2 razach przeniesienie płatów z klatki piersiowej na pokrycie braków skóry powstałych po obrażeniach z dobrym skutkiem. Główne zasady postępowania: 1) przede wszystkim kończynę na którą ma być płat przeniesiony i okolice z której go wzięto, należy w wzajemnym do siebie stosunku nieruchomo ustalić za pomocą opaski gipsowej. 2) Warstwę ziarninową z okolicy, na którą płat przenosimy, należy dobrze zeszkrobać łyżeczką. 3) Płatybrane z klatki piersiowej należy wycinać w kierunku biegu naczyń. 4) Płat należy dokładnie przyszyć do brzegów pozostałej jeszcze skóry na rękę i dobrze go przystosować do oświeżonej powierzchni. 5) Szypułkę przecina się między 10 a 14 dniem. Tę samą metodę można zastosować i przy dużych wrzodach na goleni, przenosząc płat ze zdrowej nogi na chorą.

(*Beilage zum Centralbl. für Chir.* 1887—25). A. G-z.

67. LANGE. Przyczynek do leczenia guzów hemoroidalnych. Autor robił doświadczenia na 36 osobnikach i zachwala metodę zastrzykiwania kwasu karbolowego, jako bardzo skuteczną, nie przedstawiającą żadnego niebezpieczeństwa. Operacja daje się wykonać bez uspienia chorego, przy użyciu kokainy i szczególnie nadaje się u osobników niedowkrwistych. Główne jej zasady: 1) chory, jak zwykle dostaje na przeczyszczenie przed operacją, 2) przed samym aktem operacji guzy pokrywa się maścią jodoformową. 3) Igła szpryki powinna być bardzo cienka, i wkłówa się ją nieco ukośnie w miąższ szyszki, 4) zastrzykuje się do małych guzów 2—3 kropel, a do większych 5—6 kropel roztworu kwasu karbolowego w glicerynie Ad 5) zastrzykiwanie powinno się odbywać powoli, i po wyjęciu igły należy ucisnąć miejsce wkłócia dla zapobieżenia wpływowi wstrzykniętego płynu. Rzadko kiedy autor zmuszony był powtórzyć zastrzykiwanie.

(*Beilage zum Centralbl. für Chir.* 1887 - 25). A. G-z.

68. LANGE. Postępowanie przy przetokach odbytnicy. Autor radzi przy przetokach odbytnicy długo trwających następujące postępowanie: rozszerzenie zwieracza przez założenie gąbki do kiszki stołcowej; następnie przetoka przecina się jak zwykle na całej swej długości na zgłębniku, oddziela się nożyczkami lub łyżeczką wszystkie chorobliwie zmienione części, i nakłada się szew dokładny na całej długości rany. W wielu razach autor otrzymał zagojenie *per primam intentionem*.

(*Beilage zum Centralbl. für Chir.* 1887 - 25). A. G-z.

ODCINEK.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH w Warszawskim szpitalu Zapasowym w ciągu roku 1887 z opisem kilku ciekawych spostrzeżeń.

Ułożył Witold Szumlański, lekarz miejscowy tegoż szpitala.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 37).

17/II. Plamy na całym ciele; najdawniejsze: na pośladkach, plecach i ramionach prawie czarne; pozostałe czerwone połączone w mniejsze lub większe grupy.

18/II. Całe ciało pokryte ciemnymi, prawie czarnymi, mniejszemi lub większemi plamami. Na pośladkach z obu stron linii środkowej naskórek odstaje; łatwo się oddziela, obnażając powierzchnię skóry wilgotną, bolesną przy dotykaniu.

19/II. Miejsca pozbawione nabłonka przyschły; na lewym pośladku było nieznaczne krwawienie. Na twarzy wysypka zniknęła; w innych miejscach zbladła.

20/II. Stan ogólny lepszy; ciepłota prawidłowa. Złuszczenie naskórka trwa w dalszym ciągu; na prawym pośladku i w okolicy prawego większego krętarza powierzchnia obnażona wilgotna; w pozostałych miejscach na tułowiu plamy koloru miedzi; na kończynach barwy fioletowej.

21/II. Naskórek złuszcza się dużemi płatami, powierzchnia obnażona sucha, na prawym pośladku i w okolicy krętarza tworzą się odleżyny.

Od tego czasu wysypka stopniowo ginęła i jednocześnie naskórek w dalszym ciągu się złuszczał; odleżyny nowe nie tworzyły się, a te które były, po kilku dniach zaczęły się podgajać.

W dostępnych mi podręcznikach nie znalazłem nigdzie wzmianki o podobnym powikłaniu duru brzuszego. JACCOUD w swym Wykładzie patologii szczegółowej ¹⁾ wspomina wprawdzie o jednym przypadku, w którym „wysypka była tak obfita i uogólniona, że sprawiała najzupełniejsze wrażenie odry odgraniczonej (*rubeola discreta*)”, lecz powstała ona w tym czasie, gdy zwykle zjawia się różyczka durowa, gdy tymczasem w naszym przypadku plamy zjawyły się w końcu 3-go tygodnia; różyczka zaś właściwa widoczna była na skórze tułowia w dniu przybycia chorej do szpitala i znikła po upływie dni kilku.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż wysypka ta zależną była od nadzwyczajnego wyniszczenia i upadku odżywiania ogólnego, a więc i odżywiania ścianek naczyń włosowatych skóry; mając to na względzie zalecono częste ogólne obmywania octem aromatycznym; po złuszczeniu naskórka miejsca wilgotne opatrywane były watą, pod którą przysychały, na odleżyny zaś stosowano *Ungt. plumbi tannici*.

III. Ignacy J. Stróż, lat 26, wstąpił do szpitala 30/I, 3-go dnia choroby, która zaczęła się bólem głowy i dreszczami; ból głowy stopniowo coraz się powiększał.

Przy badaniu znaleziono: Ciepłota 40°5. Tętno 108. Ogólne odżywianie dobre, budowa prawidłowa. Na skórze twarzy, zwłaszcza czoła, jak również na piersiach, brzuchu, plecach i kończynach widać wysypkę w kształcie oddzielnych drobnych czerwonych grudek (*papulae*). Chory twierdzi, iż wysypka ta trwa już oddawna. Na lewym ramieniu blizny po zaszczerpionej ospie.

Oddech nieco zaostrzony; kaszel umiarkowany. Tętno serca czyste, prawi-

¹⁾ Przekład polski. T. III str. 601.

dłowe. Brzuch wzdęty, nieco bolesny; wypróżnień nie było od dni kilku. Język suchy obłożony. Pragnienie ciągłe.

Górna granica śledziona pod 7-m żebrem: od dołu nie daje się wyczuwać. Wysypka, która po pierwszym badaniu chorego pozwalała przypuszczać początkowy okres ospy, zwiększała się ilościowo i przyjmowała właściwe cechy tak iż na trzeci dzień rozpoznanie nie mogło ulegać wątpliwości. Przebieg choroby był wogóle dosyć typowy, z wysoką jednak gorączką, przechodzącą wieczorem w pierwszych dniach 40°0; potem ciepłota nieco opadła; w okresie ropienia były znów wahania dochodzące do 39°0; dziesiątego dnia choroby najstarsze krostki (na twarzy) zaczęły podsychać, a w końcu 3-go tygodnia gdy podsychanie zostało ukończone zalecono choremu ciepłą kąpiel i przeniesiono go na salę ogólną.

Po kilku dniach ciepłota raptownie rano 25/II wzniosła się do 39°5, chory skarżył się na ból głowy i ból w gardle przy polykaniu. Błona śluzowa gardzieli mocno przekrwiona usiana drobnymi grudkami i krostkami. Wieczorem C. 38°5; na nosie i na prawym policzku skóra nieco zbrzęknięta, błyszcząca zaczerwieniona. Rozpoznano różę²⁾, która wędrowała potem po całej twarzy i głowie, przeszła na muszle uszne, na szyję i kark. Ciepłota wahała się pomiędzy 38°0 rano i 40°5 wieczorem.

5-go dnia przebiegu róży 1/III powstało nowe powikłanie: chory zaczął kaszleć, wydzielać płwocinę z rdzawym odcieniem; przy badaniu płuc znaleziono oddech równomiernie zaostrzony bez rzeżeń. Dnia następnego 2/III C. 40°1. T. 104, rdzawe zabarwienie płwociny daleko wyraźniejsze; kaszel nieco mniejszy; w prawem płucu, zwłaszcza w okolicy płata górnego od tyłu znaleziono stopienie odgłosu wypukowego i oddech mocno zaostrzony. C. wieczorna 39°7. T. 100.

3/III. C. 39°5. T. 96. Stopienie i oddech oskrzelowy w okolicy prawej łopatki. Kaszel umiarkowany z płwociną rdzawą. Wiecz. C. 38°. T. 96.

4/III. C. 36°4. W nocy było bredzenie. Stopienie i oddech oskrzelowy w okolicy łopatki. Płwocina słabo zabarwiona krwią. Wieczorem C. 37°8. T. 80. Kaszel nieznaczny, wykrztuszania niema. Od tej chwili zaczęło się rozdzielanie sprawy zapalnej w płucach i jednocześnie ograniczyła się róża i naskórek począł się łuszczyć. Po 2 tygodniach, podczas których stan ogólny chorego znacznie się poprawił, ciepłota niespodzianie podniosła się do 40°1 i znów zjawiała się róża na twarzy. Przebieg jej był tym razem mniej ciężki niż poprzednio, jednakże w ciągu dni kilku ciepłota dochodziła do 40°0 i róża znów wędrowała po twarzy i głowie.

Od d. 27/III stan bezgorączkowy; gdy po wszystkich tych przejściach stan chorego poprawił się o tyle, iż tenże był już w stanie sam chodzić, wypisano go ze szpitala stosownie do jego życzenia i tem chętniej, iż obawialiśmy się nowych jakich powikłań, które być może nie przeszły by już tak pomyślnie.

Mieliśmy zatem do czynienia z chorym, który jednocześnie, lub kolejno przebył następujące choroby: *Variola*, *Erysipelas faciei*, *Pneumonia fibrinosa acuta dextra* i potem raz jeszcze *Erysipelas faciei et capillitii*.

IV. Spostrzeżenie niniejsze zasługuje na wzmiankę ze względu na ciężkie dosyć powikłania, jakie zaszły podczas przebiegu lub w okresie zdrowienia po ospie u 16-letniego stolarza Józefa Z.

Przebieg samej ospy był prawidłowy; śladów szczepienia nie znaleziono i chory nie pamięta, czy miał kiedykolwiek szczepioną ospę ochronną.

Powikłania były następujące: 1) 5-go dnia pobytu chorego w szpitalu, a 8-go dnia choroby utworzyło się małe owrzodzenie w pobliżu zewnętrznego brzegu prawej rogówki; naczyńia łącznicy były mocno nastrzyknięte, chory

²⁾ W przeddzień przeniesienia chorego na salę ogólną wypisany został z tejże sali chory, który przebył różę twarzy i głowy.

skarżył się na ból kłójący w oku i mrużył oczy wskutek światłowstrętu. Na-
zajutrz owrzodzenie zwiększyło się; brzegi miało nieco wzniesione; naczynia
łącznicy w sąsiedztwie owrzodzenia nastrożnione. Pod wpływem zapuszczania
do oka rozcynu *Aquae chlori* ($\frac{1}{2}$ unc. : 2 unc.) i przy wkraplaniu roztworu
atropiny, owrzodzenie zagoiło się po upływie dni kilku; pozostała w tem miej-
scu biała plamka bliznowata; nastrożnienie naczyń trwało jeszcze dni kilka,
poczem cała sprawa zakończyła się bez ważniejszych następstw. 2) W okresie
przysychania wysypki zaczęły tworzyć się na kończynach dolnych liczne czy-
raki, które częścią otwierały się same przez się i wychodziła z nich ropa, czę-
ścią zaś należało je przecinać i nakładano opatrunek przeciwnilny. 3) Prawie
jednocześnie chory zaczął żalić się na ból w lewym pośladku; przy badaniu
znaleziono zaczerwienienie skóry i w głębi stwardnienie bolesne wielkości ma-
łego jabłka. Okolicę bolesną smarowano nalewką jodową i przykładano kata-
plazmy. Gdy po kilku dniach bolesność zwiększyła się, objętość guza wzrosła
do wielkości dużej pięści i można było wyczuć wyraźne chęłbotanie i gdy tym
sposobem były wskazania do nacięcia, którego nie można było skutecznie na
miejscu wskutek braku warunków odpowiednich tegoczesnym wymaganiom
chirurgii, przeniesiono chorego do oddziału chirurgicznego szpitala Dziec. Jezus
i dalszy los jego nie jest nam znany.

V. 29/I przybyła do szpitala Katarzyna B. wyrobnica lat 60, żaląc się
na kaszel, który męczył ją już oddawna, a ostatniemi czasy wzmógł się bar-
dzo; z wywiadów ważnem jest jeszcze, iż chora odbyła 12 porodów.

Przy badaniu znaleziono dosyć znaczne obniżenie granic płuc i objawy
przewlekłego nieżytu oskrzeli.

Godnemi uwagi jednak są w tym przypadku objawy ze strony narządów
jamy brzusznej, a zwłaszcza ze strony wątroby; objawy, które wedle wszelkie-
go prawdopodobieństwa, pozwalają przypuszczać istnienie stanu chorobowego,
znanego pod nazwą Wątroby wędrującej (*Hepar migrans*). Objawy te
są następujące: ściany brzucha ścięczałe, wiotkie; z prawej strony można wy-
czuć całą prawie wątrobę, której dolna powierzchnia przy leżącym poło-
żeniu chorej sięga poniżej pępka i zwróconą jest ku tyłowi; górną zaś po-
wierzchnię, zwróconą ku przodowi można całą obejść ręką pod prawym łukiem
żebrowym, ucisk w tem miejscu sprawia chorej nieznaczny ból. Odprowadzenie
wątroby we właściwe jej miejsce skutecznie się daje dosyć łatwo. Gdy chora
stoi, dolna część brzucha wypukła się, a w górnej tworzy się wgłębienie, przy-
czem wątroba opuszcza się do prawej jamy biodrowej, gdzie ją w całości mo-
żna wyczuć ręką.

Przy powtórnem badaniu przeprowadzonym d. 12/II t. j. po upływie
dwóch tygodni, w ciągu których chora pozostawała ciągle w łóżku, znaleziono
stan następujący: Wątroba nie wyczuwa się w miejscu poprzednim; zajmuje
zaś właściwe miejsce, wystaje nieco z pod łuku żebrowego, nie zmienia swego
położenia ani przy siedzeniu ani przy staniu; ściany brzuszne wiotkie, zwiesz-
one. Chora pozostawała w szpitalu jeszcze przez 5 dni, w ciągu których, czując
się zdrowszą, wstawiała z łóżka i nieco chodziła. Przy wypisaniu znaleziono
nieznaczne obniżenie się wątroby, która występowała z pod łuku żebrowego na
szerokość dłoni, lecz przy pionowym położeniu ciała nie opuszczała się ku
dołowi.

Zdaje się, iż pomimo trudności i wątpliwości jakie się nastroczają przy
rozpoznawaniu za życia zmian tego rodzaju, można w naszym przypadku na-
pewno prawie powiedzieć, iż mieliśmy tu do czynienia z wędrującą wątrobą,
która wskutek zwiotczenia więzów i ścian brzusznych opuszczała się przy sta-
niu własnym ciężarem ku dołowi; po 2 tygodniach pozostawania chorej w łóż-
ku nastąpiło dobrowolne odprowadzenie. Ciekawem byłoby wiedzieć, co się

stało w następstwie, gdy chora po wyjściu ze szpitala oddała się zwykłym swym zajęciom; na nieszczęście jednak nie zdarzyło mi się już więcej chorej widzieć.

VI. Wiktor K., 13-letni syn dróżnika Dr. Ż. W.-W. przybył na oddział kol. SZWAJCERA 11/III, skarżąc się na womity po każdym jedzeniu, zwłaszcza po zjedzeniu chleba, którym podlega już od 4 miesięcy. Matka chłopca potwierdza te skargi, dodając iż po spożywaniu pokarmów płynnych, womity, jakkolwiek bywają, lecz nie bardzo obfite, tak iż część pokarmu pozostaje w żołądku. Chory prócz odry i jakiegoś cierpienia oczu, innych chorób nie przechodził; nie zauważył również nigdy, aby wraz ze stolcem wychodziły glisty, lub członki tasiemca.

Przy badaniu narządów wewnętrznych żadnych zboczeń nie znaleziono, a ponieważ i wygląd chorego nie usprawiedliwiał tego rodzaju objawów, zjawilo się przypuszczenie, że chłopiec, jak również jego matka albo przesadzają, albo też udają chorobę. Skoro jednak nazajutrz chory po zjedzeniu śniadania zaczął wkrótce womitować, a womity te nie sprawiały mu żadnej przykrości i zdawało się iż są one niejako następstwem przyzwyczajenia, zaczęliśmy podejrzewać, iż chłopiec je za prędko i za dużo na raz, oraz że sama myśl o tem, iż musi zwomitować to, co zjadł, wywołuje ten niezwykle i niczem niedający się usprawiedliwić objaw. Wskutek tego polecono uważać na chorego, by jadł bardzo wolno, po łyżce, by odpoczywał podczas jedzenia i oddziaływano nań moralnie, wmawiając, iż przy zachowaniu takich ostrożności womity bezwarunkowo się nie powtórzą. Było to w zupełności wystarczającym. Chłopiec pozostał jeszcze przez dni kilka w szpitalu, stosując się ściśle do przepisów; spożywał prawie wszystko, lecz zawsze pomału i womity nie powtórzyły się.

Po otrzymaniu stosownych wskazówek został wypisany ze szpitala z zastrzeżeniem, aby w razie ponowienia się poprzednich objawów, przybył bezwzględnie z powrotem. W ciągu 2 miesięcy jednak, przez które szpital był jeszcze otwarty, nie pokazał się nam więcej. (Patrz tablicę załączoną do dzisiejszego Numeru).

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. D. 6 b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie po feryach letnich Warsz. Towarzystwa lekarskiego, na którym prof. Marcelli NENCKI z Bernu miał wyczerpujący odczyt o Salolu. Następnie kol. JAKOWSKI odczytał protokoły z posiedzeń komitetu higieny publicznej a w końcu kol. PACANOWSKI demonstrował pompkę żołądkową aspiracyjną D-ra CZYRNAŃSKIEGO.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 20 Września 1887 r. o god. 6 1/2 wieczorem.

I. GULIŃSKI. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu zaniedbanego; zejście pomyślne (z demonstracją chorej).

II. ZAGÓRSKI. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

III. JAKOWSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra PUŁAWSKIEGO.

Zagraniczne. W roku 1886 w Anglii skutkiem wypadków na drogach żelaznych zostało zabitych 938 ludzi, a ranionych 3539.

— W Paryżkim Uniwersytecie jest obecnie 10,679 studentów a między 3686 uczących się medycyny. Studentek jest 167.

— W Williamsburgu pod New-Yorkiem niejaki Weidler niemiec zabił w biały dzień na ulicy bardzo cenionego lekarza D-ra DUGGAN'a, z powodu iż przypisywał mu śmierć dwojga swoich dzieci.

— Dekretem rządowym z d. 22 Sierpnia r. b. postanowiono wybudować w Paryżu nowy szpital w okolicy placu „du Danube” w XIX okręgu.

— Pewien lekarz Australijski podaje do publicznej wiadomości że we wszystkich przypadkach, w których leczenie jego nie odniosło pożądaných skutków zwracać będzie połowę kosztów pogrzebu! (*Med. Record*).

— W Brunświku pokazało się przeszło 50 przypadków trichinozy a w Hamburgu w jednym domu 7 osób na tę chorobę zapadło.

— Nigdzie tak starannie i tak skutecznie nie opiekują się ślepymi jak w Anglii. Obecnie np. w Cambridge promowany został na lekarza student ślepy, który prawie ze wszystkich przedmiotów złożył z odznaczeniem. Jest on wychowawcą Instytutu ociemniałych w Worcester.

— Prof. NOTHAGEL z Wiednia wezwany na konsultację do znanego przedsiębiorcy kolejowego Polakowa do Moskwy uległ przykremu wypadkowi. Przed udaniem się na spoczynek w pociągu wyszedł ze swojego przedziału i omyliwszy się otworzył drzwi, które na zewnątrz prowadziły i wypadł na plant kolejowy. Pozycja jego była straszna, bo obuwia na nogach ani kapelusza na głowie nie miał i w ciemną noc wśród deszczu i bez znajomości języka rosyjskiego błąkał się przez 4 godziny aż nareszcie dostał się na stację Iwanówkę. Szczególnym a wielce szczęśliwym zbiegiem okoliczności nie wyniósł z tego wypadku żadnego kalectwa, tylko lekko zranił skroń swoją oraz potłukł prawą nogę. Powrócił do Wiednia w doskonałym stanie zdrowia.

— Kongres lekarski w Washingtonie rozpoczął swoje czynności d. 5 b. m. Pierwsze posiedzenie odbyło się, jak nam podmorski telegraf donosi w gmachu opery pod przewodnictwem prezydenta kongresu D-ra CLEVELANDA. Obecnych było 5000 lekarzy z których dwie trzecie Amerykanów. Dr. UNNA z Hamburga odpowiedział w imieniu gości z Europy.

— Dr. VIEUSSE radzi *Bismuthum subnitricum* jako środek przeciwko poceniu się nóg. Bismut wciera się w nogi a w niewielu przypadkach w których wyleczenie nie nastąpiło, zupełnie ustał nieprzyjemny odór z nóg.

Zmarli. W Paryżu umarł Dr. GIRAUD-TEULON przeżywszy lat 71. Urodzony w La-rochelle, poświęcił się zawodowi technicznemu i później dopiero rozpoczął studia lekarskie, które zakończył doktoryzacją w Paryżu w r. 1848. Znane i wielce cenione są prace jego na polu fizjologii i patologii oka.

— W Paryżu także zakończył życie Dr. Henryk LÉONVILLE znany ze swoich prac na polu anatomii porównawczej i higieny.

Wykaz prac oryginalnych w czasopiśmie lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 36. RUMSZEWICZ. Trzy nowe przypadki przetrwania błony żrniczej. SMOLEŃSKI. O hydroterapii suchot płucnych (c. d.). W *Odcinku*. PRUS. Listy z Paryża W N-rze 37. RUMSZEWICZ. Trzy nowe przypadki przetrwania błony żrniczej (dok.). BLUMENSTOK. Gwóźdź w głowie. Jaka przyczyna śmierci? W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (d. c.)

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 36. A. SOKOŁOWSKI. O zwięzieniu przymiotowem (syfilitycznem) tchawicy i oskrzeli (dok.). PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.). O. BUJWID. Metoda Pasteur'a ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.). W N-rze 37. L. PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani. J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.). O. BUJWID. Metoda Pasteur'a ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (dok.). T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego.



Do dzisiejszego Numeru dołącza się tablica kolorowana do Sprawozdania z ruchu chorych w Warszawskim szpitalu Zapasowym.

REDAKTOR I WYDAWCA, Dr. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшана, 3 Септября 1887 г. — Członkami Michała Ziemiękiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).